

Emergências Oncológicas - Síndrome de lise Tumoral na Emergência

Autores e Afiliação:

José Maurício S C Mota - Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, ex-médico assistente da Unidade de Emergência - FMRP-USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

1. Reconhecer casos de síndrome de lise tumoral (SLT) e de risco potencial para SLT.
2. Atuar na prevenção e travento de SLT no cenário de Urgência/Emergência.

Data da última alteração: Segunda Feira, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: Sábado, 04 de agosto de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Emergência oncológica em que a maciça destruição de células tumorais (espontânea ou causada pelo tratamento oncológico) acarreta liberação no sangue periférico de grande quantidade de eletrólitos intracelulares e produtos do metabolismo dos ácidos nucleicos.

Classificação de Cairo-Bishop.

- SLT laboratorial:

1. Hiperuricemia: ≥ 8 mg/dL ou aumento de 25% do valor basal.

2. Hipocalcemia: ≤ 7 mg/dL ou redução de 25% do valor basal.
3. Hipercalemia: ≥ 6 mg/dL ou aumento de 25% do valor basal.
4. Hiperfosfatemia: ≥ 4.5 mg/dL ou aumento de 25% do valor basal.

- SLT clínica:

1. Presença de SLT laboratorial associada a insuficiência renal aguda, arritmia aguda, morte súbita e convulsões.

Quadro clínico:

1. Náuseas, vômitos, astenia;
2. Lesão renal aguda;
3. Arritmias secundárias a hipercalemia e hipocalcemia;
4. Convulsões e tetania (secundárias a hipocalcemia);
5. Calcificação ectópica;
6. Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS).

Diagnóstico:

O diagnóstico é baseado no quadro clínico e laboratorial referido acima.

Fatores de risco:

1. Neoplasias hematológicas, particularmente linfomas de alto grau e leucemia com alta celularidade;
2. Neoplasias sólidas muito quimiossensíveis (tumores germinativos, neoplasias de pequenas células);
3. Alta carga tumoral, presenças de massas bulky;
4. Desidratação;
5. Doença renal crônica pré-existente;
6. Presença de hiperuricemia ou hiperfosfatemia antes do tratamento oncológico.

Exames Complementares:

Função renal, ácido úrico, cálcio, fósforo, ácido úrico, potássio, diurese.

Gradação da gravidade (Tabela 1).

Tratamento:

Classificação para manejo clínico:

- Avaliar carga tumoral e sensibilidade da neoplasia ao tratamento oncológico.
1. Carga tumoral pequena: risco desprezível de SLT;
 2. Carga tumoral moderada, neoplasia pouco sensível ao tratamento oncológico: risco desprezível de SLT;
 3. Carga tumoral moderada, neoplasia moderadamente sensível ao tratamento oncológico: risco baixo de SLT;
 4. Carga tumoral moderada, neoplasia muito sensível ao tratamento oncológico: risco alto de SLT;
 5. Carga tumoral alta, neoplasia pouco sensível ao tratamento oncológico: risco baixo de SLT;
 6. Carga tumoral alta, neoplasia moderadamente sensível ao tratamento oncológico: risco intermediário de SLT;
 7. Carga tumoral alta, neoplasia muito sensível ao tratamento oncológico: risco alto de SLT.

Prevenção conforme risco:

1. Risco desprezível: não é necessário monitorar;
2. Risco baixo: exames diários, hidratação endovenosa, alopurinol;
3. Risco moderado: exames a cada 12 horas, hidratação endovenosa, alopurinol ou rasburicase, internar paciente;
4. Risco alto: exames a cada 8 horas, hidratação endovenosa, rasburicase (se disponível) ou alopurinol, internar paciente, monitorização cardíaca.

Observações:

- Hidratação endovenosa objetivando diurese > 100 mL/m²/hora (com parcimônia em pacientes com IC, DRC grave e LRA estabelecida);
- Alcalinização da urina: não indicada de rotina;
- Rasburicase: pode causar metemoglobinemia; é contraindicada se deficiência de G6PD;

- Alopurinol intravenoso (usar em casos mais graves): dose: 200 a 400 mg/m² diariamente (máximo de 600 mg/dia), dividido em 3 doses diárias; iniciar 1 a 2 dias antes da quimioterapia; necessita correção de dose para insuficiência renal;
- Alopurinol via oral (usar em casos mais leves): 600 a 800 mg/dia, dividido em 3 doses diárias;

Tratamento da SLT clínica:

1. Hidratação endovenosa
2. Monitorização em UTI ou sala de emergência
3. Rasburicase (se disponível) ou alopurinol
4. Exames a cada 4-6 horas
5. Solicitar avaliação da nefrologia para acompanhamento em conjunto

Referências Bibliográficas:

1. PMID: 21561350
2. Larson RA et al. Tumor lysis syndrome: Prevention and treatment. Uptodate.
3. PMID: 22496380
4. PMID: 18509186
5. PMID: 15384972

Anexos:

Tabela 1 - Graduação da Síndrome de Lise Tumoral

	0	1	2	3	4	5
Creatinina	≤ 1,5 do limite superior da normalidade (LSN)	1,5 do LSN	≥ 1,5 a 3,0 do LSN	≥ 3,0 a 6,0 do LSN	≥ 6,0 do LSN	Morte
Arritmia cardíaca	Ausência	Intervenção não indicada	Intervenção indicada, mas não urgente	Sintomática; controlada de forma incompleta com anti-arrítmicos ou controlada com dispositivo (ex. desfibrilador)	Arritmia ameaçadora à vida (ex. presença de instabilidade hemodinâmica)	Morte
Crise convulsiva	Ausência	Ausência	Uma crise generalizada breve; sem interferência com atividades da vida diária; bem controlada com medicamentos	Alteração da consciência associada; crise de difícil controle apesar de tratamento otimizado	Crises prolongadas e reentrantes - <i>Status epilepticus</i> ou epilepsia intratável	Morte